
А.Э. ПИТКЕВИЧ, А.П. ШМАКОВ, Н.Н. ЗУЕВ

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ СИНДРОМЕ «ОТЁЧНОЙ МОШОНКИ» У ДЕТЕЙ

УО «Витебский государственный медицинский университет».

УЗ «Витебская детская областная клиническая больница»,

Республика Беларусь

Синдром «отечной мошонки» относят к широко встречающейся урологической патологии в Беларуси. Данная статья подготовлена на основе анализа результатов обследования и лечения 126 мальчиков в возрасте до 14 лет с данной патологией. Пациенты находились на лечении в хирургическом отделении Витебской детской областной клинической больницы с 2004 по 2006 год. Проведена оценка причин, вызвавших данную патологию, выделены основные клинические симптомы, выполнено их сравнение с инструментальными методами исследования в контексте их информативной ценности. Показаны достоинства активной хирургической тактики в диагностике и лечении синдрома «отечной мошонки», в связи с чем антибактериальная терапия без выяснения причины заболевания не является этиотропным видом лечения и ведет к появлению антибиотико-резистентных микроорганизмов, диспепсии и аллергии.

Ключевые слова: синдром «отечной мошонки», дети, активная хирургическая тактика.

Scrotal edema syndrome is referred to widely spread urologic pathologies in Belarus. This article is prepared on the basis of analysis of the examination and treatment results of 126 boys at the age under 14 suffering from the given pathology. The patients were treated at the surgical department of Vitebsk regional children clinical hospital in the period of 2004-2006 years. The estimation of reasons which caused the given pathology was performed, the main clinical symptoms were singled out and they were compared with the instrumental methods of research in the context of their informative value. The advantages of active surgical tactics in diagnostics and treatment of scrotal edema syndrome were shown. That is why antibacterial therapy without revealing the cause of the disease isn't the etiotropic type of treatment and it leads to the development of antibiotics-resistant microorganisms, dyspepsia, allergies.

Keywords: scrotal edema syndrome, children, active surgical tactics

Симптомокомплекс, проявляющийся болью, отеком и краснотой, свойственен ряду заболеваний органов мошонки и носит название синдрома «острой» или «отечной мошонки». Их синонимом, часто встречающимся в литературе, является термин «острые заболевания яичка», объединяющий ряд нозологий: воспалительные забо-

левания яичка, придатка и семенного канатика, заворот и некроз их гидатид, заворот семенного канатика, травма органов мошонки [1, 4, 5].

Затруднения в предоперационной диагностике возникают из-за сходства клинической картины. В то же время, по количеству экстренных оперативных вмеша-

тельств в детской хирургической клинике эти заболевания занимают второе место после острого аппендицита [4].

Значительные трудности возникают при определении этиологии развившегося синдрома. Вариабельность клинических симптомов, свойственная, по мнению ряда авторов, вышеобозначенным патологиям, не позволяет поставить достоверный диагноз [1, 2, 4, 5].

Диафаноскопия, имея немалую диагностическую ценность, также приводит к ряду ошибок. Надежды на УЗИ-обследование с оценкой кровотока органов мошонки в дифференциальной диагностике между перекрутом гидатиды и орхоэпидидимитом также оказываются неоправданными в связи с высокой частотой ложно-отрицательных результатов [2].

Из вышеперечисленных заболеваний абсолютными показаниями к оперативному лечению являются: заворот семенного канатика и травма органов мошонки. При четко установленном диагнозе перекрута и некроза гидатиды яичка или придатка ряд авторов предлагают воздержаться от ревизии органов мошонки и лечить таких детей консервативно [3].

Воспалительные заболевания требуют медикаментозной терапии. Однако, по данным литературы, консервативное лечение при острых заболеваниях органов мошонки без уточнения этиологии в 55 – 70% случаев приводит к атрофии яичка [4].

Ввиду этого улучшение результатов лечения синдрома «отёчной мошонки» является актуальным для сохранения репродуктивной функции мужской части населения. Многочисленные наблюдения утверждают, что расширение показаний к активному оперативному лечению при острых заболеваниях органов мошонки у детей патогенетически обосновано, такая лечебная тактика по сравнению с консервативной более эффективна [6, 7, 8].

Материалы и методы

В период с 2004 по 2006 год в клинике детской хирургии УО «ВГМУ» находились на лечении 126 детей с синдромом «отёчной мошонки»: в возрасте до 3 лет – 15 (11,8%) детей, от 4 до 7 лет – 17 (13,4%), от 8 до 14 лет – 94 (74,6%).

Диагноз – синдром «острой мошонки» – выставлялся врачом приемного покоя на основании жалоб, анамнеза заболевания и данных объективного осмотра. Дооперационное выявление причин, вызвавших синдром, систематически не проводилось как из-за организационных трудностей, так и ввиду того, что в нашей клинике принята активная лечебно-диагностическая тактика. Однако 4 (3,2%) детям выполнялись ультразвуковое исследование мошонки с оценкой кровотока и диафаноскопия. Во всех случаях патология не была установлена, хотя при ревизии мошонки обнаружены перекруты и некрозы гидатид яичка или придатка.

Жалобы на боль в мошонке при поступлении предъявляли 117 мальчиков (92,1%), её увеличение – 44 (34,6%), покраснение – 32 (25,2%). Боли в животе были у 1 (0,8%) ребенка, однократная рвота – у 3 (2,4%). Сочетание вышеуказанных жалоб отмечалось у 22 (17,2%) пациентов. Повышение температуры тела имело место у 12 (9,4%) мальчиков. При объективном осмотре детей отек мошонки определялся в 102 (80,9%) случаях, гиперемия – в 86 (68,2%), болезненность при пальпации – в 126 (100%).

Результаты и обсуждение

Все из поступивших 126 детей оперированы. Под наркозом выполнялась ревизия органов пораженной половины мошонки через мошоночный (121 случай) или паховый (5 случаев) доступ. Длительность операции составила 15 ± 7 минут. Послеопе-

рациональный диагноз формулировался на основании интраоперационных находок.

В 104 (82,5%) случаях обнаружен перекут и некроз гидатиды яичка или придатка. Выполнено ее удаление. Медикаментозная терапия не проводилась. Послеоперационный период у всех детей протекал без особенностей, болевой синдром купировался в течение первых суток, отек мошонки сохранялся два – три дня.

По-нашему мнению, рекомендации ряда авторов придерживаться консервативного лечения (антибактериальная терапия, нестероидные противовоспалительные препараты) при установленном завороте привеска придатка или яичка не оправданы, так как рассасывание гидатиды наступает в срок от 1 до 2 месяцев, при этом боль в мошонке сохраняется в течение 10 – 14 дней, а отек – до месяца [3].

Заворот семенного канатика обнаружен у 8 (6,3%) пациентов. Срок от начала заболевания до госпитализации составлял от 2 часов до 17 суток. После ликвидации заворота яичко признано жизнеспособным у 5 мальчиков, операция закончена орхипексией. Одному из них выполнялась повторная ревизия яичка через сутки ввиду трудности оценки жизнеспособности гонады во время первой операции. Трём больным выполнена орхэктомия: у одного ребенка (возраст 2 недели) имел место внутриутробный заворот яичка, двое детей лечились в хирургических отделениях районных больниц с диагнозом орхоэпидидимит на протяжении 14 – 16 дней и переведены в клинику детской хирургии УО «ВГМУ» в связи с безуспешностью проводимой терапии.

У 14 (11,1%) детей во время операции диагностировано воспаление: орхоэпидидимит (13), фуникулит (1). Патологический экссудат удален, взят на посев для определения характера микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам. В послеоперационном периоде эти пациенты получа-

ли вначале эмпирическую, а затем этиотропную антибактериальную терапию.

Несомненно, что только операция, дополненная морфо-, бактериологическим исследованием является окончательным этапом диагностики причины синдрома «отёчной мошонки». Выполнение у 14 детей с воспалительными заболеваниями органов мошонки на первый взгляд «неоправданной», малотравматичной операции, по нашему мнению, в то же время было полезным для санации мошонки и определения в дальнейшем этиотропной терапии.

Выводы

1. К достоинствам активной хирургической тактики следует отнести точность в постановке диагноза без привлечения дополнительных методов исследования (диафаноскопия, УЗИ), что не всегда возможно в экстренной хирургии.

2. Ликвидация причины, вызвавшей синдром «отёчной мошонки», и отказ от длительной медикаментозной терапии при некрозах гидатид яичка и придатка делают оперативную тактику абсолютно обоснованной.

3. Кратковременность (15 ± 7 мин.) и малотравматичность операции, возможность получения дополнительных данных для последующей этиотропной терапии несколько не умаляют ее значимость даже при воспалениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров, Г. А. Срочная хирургия детей / Г. А. Баиров. – СПб.: Питер, 1997. – 398 с.
2. Ашкрафт, К. У. Детская хирургия: в 3 т. / К. У. Ашкрафт, Т. М. Холдер. – Т. 2. – СПб., 1996. – 294 с.
3. Лечение детей с синдромом отечной мошонки / Н. Д. Ширяев [и др.] // Детская хирургия. – 2004. – №1. – С. 33–35.
4. Острые заболевания органов мошонки у детей / А. Б. Юдин [и др.]. – М.: Медицина, 1997. – 230 с.
5. Лопаткин, Н. А. Детская урология / Н. А. Лопаткин. – Москва: Медицина, 1986. – 270 с.

6. Тактика лечения при синдроме отёчной мошонки у детей / А. Г. Момотов [и др.] // Настоящее и будущее детской хирургии: материалы конф., Москва, 4-5 декабря 2001 г. – Москва, 2001. – С. 166.

7. Острые заболевания органов мошонки у детей / Е. П. Степанюк [и др.] // Настоящее и будущее детс-

кой хирургии: материалы конф., Москва, 4-5 декабря 2001 г. – Москва, 2001. – С. 48.

8. Опыт лечения острых заболеваний яичек у детей / В. А. Бычков [и др.] // Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: материалы 6 Рос. Конгр., Москва, 23–25 октября 2007 г; редкол.: Н.Е. Конькова (отв. ред.). – Москва, 2007. – С. 380.

Поступила 09.11.2007 г.

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

29-30 мая 2008 года в соответствии с планом Министерства здравоохранения Республики Беларусь в Витебском государственном медицинском университете проводится Республиканская научно-практическая конференция с международным участием

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ»

На конференции будут обсуждены вопросы детской хирургии, травматологии и ортопедии, урологии, онкологии и гематологии, неврологии и нейрохирургии, реанимации и интенсивной терапии и других заинтересованных смежных специальностей.

Заявки на участие в конференции и тезисы за подписью руководителя просим предоставить до **1 апреля 2008** года.

Правила оформления материалов для публикации

Объём статьи до 3 страниц, набранных в MS Word 97, 2000, XP, шрифт 12, Times New Roman Cyr, межстрочный интервал одинарный, формат страниц А4, поля по периметру 25 мм. Название статьи оформляется заглавными буквами жирным 14 шрифтом, далее фамилии, инициалы авторов, базовое учреждение. Статья должна состоять из следующих разделов: введение; материалы и методы исследований; результаты и их обсуждение; выводы; литература (не более 6 источников).

Рукопись статьи с копией на дискете 3,5" присылать по адресу: 210015, г. Витебск, ул. Шрадера, 7, УЗ «Витебская детская областная клиническая больница», с пометкой для заведующего курсом детской хирургии А.П.Шмакова, или по электронному адресу: nicolaiz@mail.ru

Контактные телефоны:

21-56-01, 8-029639-99-89, 8-029714-99-89 Шмаков Александр Павлович

24-85-64, 8-0297-11-80-86 Питкевич Александр Эдуардович

47-12-55, 8-0296-60-91-92 Зуев Николай Николаевич

E-mail: nicolaiz@mail.ru